476

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des

Lésions du Nerf Optique

dans

l'Encéphalite Léthargique Epidémique

PAR

Jean BARNY de ROMANET

Président : M. de LAPERSONNE, *Professeur*

IMPRIMERIE DES FACULTES
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e^ Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Charles RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHASARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPR
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantine	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GRÉGROIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BHANCA	GUENIOT	LEREBOULLET	ROUSSY
OAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEF
CLERC	LABBÉ Renri	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	MULON	VILLARET
DESMAREST		OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinion émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérée omme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation n mprobation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MES FRÉRES ET BEAU-FRÈRE

Tombés au Champ d'Honneur

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Professeur Agrégé F. TERRIEN

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON ONCLE

Le Docteur H. DELAUNAY

Directeur de l'Ecole de Médecine de Poitiers

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur GOULFIER

Assistant d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Beaujon

A MES MAITRES

Dans les Hôpitaux de Limoges et de Paris

ETUDE CLINIQUE

Aujourd'hui que l'épidémie d'encéphalite-léthargique qui sévit en France, d'abord en 1918, puis surtout pendant l'hiver 1919-20 est éteinte, les différents auteurs qui ont étudié en détail cette maladie nous ont communiqué, dans des travaux très documentés leurs observations et leurs recherches.

Les troubles oculaires qui avaient été à peine signalés dans les siècles derniers comme symptômes des maladies qui sous différents noms ont été identifiées aujourd'hui avec celle auquel Economo a donné le nom qui a prévalu jusqu'ici d'encéphalite-léthargique, ces troubles oculaires disons-nous ont été comme les autres symptômes l'objet d'études particulières.

La plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il sont extrêmement fréquents ; selon MM. Achard et Netter ils existent dans 75 % des cas et M. de Lapersonne estime que leur fréquence doit être encore plus grande, car souvent les troubles oculaires sont très fugaces et peuvent passer inaperçus alors que cependant en fait ils ont existé.

Tous les auteurs sont d'accord sur certaines des manifestations de ces troubles oculaires qu'elles apparaissent au début, au cours ou au déclin de la maladie, ce sont celles qui intéressent la musculature extrinsèque et intrinsèque de l'œil ; nous n'y insisterons pas car elles ont

Nous prions M. le Professeur de Lapersonne d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Au début de ce travail qui doit marquer le terme de nos études médicales, trop longtemps interrompues par les obligations militaires et par quatre années re guerre, nous tenons à nous acquitter d''une dette de reconnaissance envers nos maîtres ; ceux de Limoges qui ont assisté à nos débuts dans l'art médical et qui ont eu la tâche difficile de nous guider, puis ceux de Paris qui nous ont toujours prodigués leurs conseils éclairés.

Le Docteur Terrien voudra bien trouver ici le témoignage de notre vive gratitude pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service et les excellents conseils qu'il nous a donnés. Nous lui devons en quelque sorte une double reconnaissance pour avoir dirigé nos pas encore chancelants dans l'art ophtalmologique et pour avoir voulu nous aider au cours de ce travail.

Nous sommes heureux d'avoir l'occasion d'exprimer ici nos bien sincères remerciements au Docteur Goulfier pour la bienveillance qu'il nous a toujours montré et en particulier pour les renseignements utiles qu'il nous a donnés pour l'élaboration de ce travail.

été décrites en détail dans des articles remarquables, nous nous contenterons de les signaler ici.

Les paralysies oculaires constituent un des symptômes essentiels de la maladie, elle peuvent être fugaces et n'apparaître qu'à une période de la maladie, mais il est rares qu'elles fassent complètement défaut.

Le ptosis, la plupart du temps incomplet, n'atteignant pas l'intensité du ptosis provoqué par une paralysie complète de l'oculo-moteur commun, est assez fréquent.

Le strabisme est moins souvent constaté. Accompagnant le strabisme et plus fréquent que lui nous trouvons la diplopie, souvent fugace et peu nette, qu'il faut rechercher avec soin et préciser avec le verre rouge.

Les secouses mystagmiformes existent souvent, mais demandent aussi à être recherchées.

Un des symptômes à notre avis peut être le plus constant est la parésie ou la paralysie du muscle ciliaire qui se traduit par l'affaiblissement de l'accommodation.

Il existe aussi très souvent de l'inégalité pupillaire peu marquée en général mais persistant très longtemps, alors même que les autres symptômes ont disparu.

Mais si tous les auteurs s'accordent sur ces troubles de la musculature de l'œil, il n'en va pas de même quand il s'agit des fonctions du nerf optique et des troubles du fond de l'œil, même la plupart des auteurs ont déclaré qu'il n'y avait jamais de troubles dans les fonctions du nerf optique et que le fond de l'œil conservait toujours son intégrité. C'est sur ce point où nous ne partageons pas entièrement leur avis, car nous estimons que si dans de nombreux cas cette intégrité existe, elle

ne doit cependant pas être considérée comme une règle absolue, inviolable. Nous apportons à l'appui de notre affirmation quelques observations qui sont publiées à la fin de ce travail, nous espérons qu'elles montreront l'existence d'un symptôme nouveau à ajouter à la symptomatologie déjà si riche de l'encéphalite-léthargique épidémique.

L'examen des fonctions du nerf optique n'est pas toujours très facile, il est même impossible dans les périodes de somnolence et de torpeur alors qu'il serait intéressant d'avoir des renseignements.

La plupart des auteurs déclarent que l'acuité visuelle est toujours normale ; or, M. Netter a observé assez souvent de l'amblyopie et a conclu à « la fréquence de l'existence de troubles visuels que ne sauraint expliquer les paralysies des muscles internes et externes de l'œil. Reverchon et Worms ont signalé un cas avec des accès d'amaurose transitoire. Cl. Vincent constate 2 cas d'amaurose presque complète durant plusieurs jours. M. Carnot cite également plusieurs cas d'amblyopie dont quelques-uns ne sont pas permanents. Nous avons eu l'occasion d'en voir un cas dans son service. Nous avons aussi constaté quelques cas non pas d'amaurose complète mais de baisse de vision très nette pendant quelques jours, puis la vision revenait à la normale.

En recherchant dans la littérature médicale française et étrangère on trouve des observations relatant certaines lésions du fond de l'œil au cours de l'encéphalite-léthargique. Goldscheider a noté de la proéminence de la papille ; Economo cite un cas de décoloration de la papille dans sa région temporale et un cas d'atrophie

papillaire consécutive à une névrite rétro-bulbaire. Caldwell et J. Coombe ont signalé de la congestion papillaire et décoloration de la rétine. Wernecke trouve de la stase pupillaire. Toulant a vu une double stase papillaire chez un malade de MM. Dumolard et Aubry. Sachs cite une inflammation légère de la papille ; Reverchon et Worms, un état congestif de la papille avec tendance à la stase. Chez un malade de MM. Lortat-Jacob et Hallez, on constatait également des lésions oculaires que M. Morax a rapporté plutôt à la syphilis. Bané et Duverger citent deux cas de névrite optique ; Froment et Gardère une double papillite avec hémorragies. Enfin M. Terrien a cité l'hypérémie de la papille.

Nous avons eu à examiner dans son service un certain nombre de malades atteints d'encéphalite-léthargique qui étaient envoyés par MM. Robin, Achard et Carnot, ou qui venaient directement à la consultation ; nous avons été frappé par la proportion des altérations portant sur le nerf optique alors que nous avions admis l'intégrité du fond de l'œil comme une règle absolue.

Parmi les cas observés dans de bonnes conditions nous avons retenu six observations. Nous avons rejeté deux cas d'encéphalite où l'on trouvait de la stase papillaire avec hémorragies, dans lesquels la réaction de Bordet-Wassermann fut positive, ces lésions pouvant être attribuées à la syphilis.

Nous avons également rejeté plusieurs cas où les malades atteints d'encéphalite-léthargique et présentant une hypérémie de la papille étaient hypermétropes, cette hypermétropie pouvant expliquer l'hypérémie.

Tous les malades dont nous présentons les observations sont sensiblement emmétropes.

Parmi tous les cas que nous avons observé, nous n'avons jamais constaté d'autres lésions du fond de l'œil que celles ayant leur élection sur le nerf optique Ces lésions ont apparu avec des degrés d'intensité très différents suivant les sujets.

Chez quatre de nos malades, les lésions sont sensiblement les mêmes avec quelques différences légères d'intensité ; on constate des deux côtés une hypérémie nette de la papille ; elle est plus foncée qu'à la normale et plus rouge que les membranes qui l'entourent ; les artères semblent normales, mais les veines sont plus congestionnées, légèrement dilatées ; les bords de la papille, sans avoir disparu, sont cependant moins nets, et la papille fait une légère saillie mais qui ne va jamais jusqu'à l'œdème.

Chez un autre de nos malades nous trouvons les mêmes lésions mais plus accentuées. Il y a une congestion violente de la papille, on ne la délimite pas exactement, les bords sont flous et à la périphérie de la papille on voit dans une petite étendue une légère striation radiée, gris-jaunâtre, faisant autour de la papille un véritable halo. Les veines sont dilatées et flexueuses.

Enfin, chez un autre de nos malades nous constatons tout d'abord un hypérémie de la papille qui s'accentue et qui a un moment évolué vers l'atrophie grise avec légère décoloration dans le segment temporal mais qui, par la suite, reprend son aspect normal.

Malheureusement les examens du fond de l'œil sont

souvent fort difficiles ; il est parfois fort compliqué de conduire les malades dans un service d'ophtalmologie, d'abord tous les hôpitaux n'en sont point pourvus, puis lorsqu'il y en a un, les malades ne sont pas toujours transportables. Enfin lorsque l'ophtalmologiste se déplace pour aller au chevet du malade, il lui est souvent si difficile de pratiquer l'examen complet, en supposant que le malade veuille et puisse s'y prêter, qu'il doit la pluspart du temps se borner à rechercher les symptômes essentiels et caractéristiques. C'est pourquoi nous n'avons retenu qu'un petit nombre d'observations voulant ne présenter que des cas nets de lésions du nerf optique ; mais nous sommes convaincus que si nos examens complets avaient porté sur un plus grand nombre de cas et que si on avait systématiquement examiné le fond d'œil de tous les malades atteints d'encéphalite-léthargique, nous aurions trouvé une porportion plus élevée encore de cas d'altération de la papille,

Evolution. — Pronostic

L'évolution des lésions du nerf optique est comme celle des autres symptômes oculaires de l'encéphalite-léthargique excessivement variable. Les unes se bornent comme nous l'avons dit à une simple hypérémie de la papille qui persiste un certain temps puis disparait. D'autres vont jusqu'à la névrite, disparaissent aussi dans un temps plus ou moins long. Des observations que nous avons recueilli, la seule règle que l'on puisse donner de l'évolution de ces troubles, est qu'à un moment ils vont en diminuant jusqu'à disparition complète.

Parmi les malades dont nous présentons les observations, quatre ont été suivis assez longtemps, et nous avons assisté à un retour intégral à la normale, sans séquelles. Les deux autres ne sont malheureusement pas revenus et nous n'avons pu contrôler la guérison complète alors que l'amélioration se constatait à chaque examen nouveau.

Nous pouvons donc conclure que le pronostic des altérations légères et moyennes du fond de l'œil dans l'encéphalite-léthargique doit comme le pronostic des autres troubles oculaires être considéré comme favorable.

Diagnostic

Lorsque, dans ces cas d'encéphalite-léthargique nets, nous nous sommes trouvés en présence d'hyéprémie de la papille, de névrite, de vaisseaux congestionnés et même de commencemnt d'atrophie, nous avons tout de suite pensé à des manifestations syphilitiques. Il se peut en effet que l'encéphalite-léthargique évolue en même temps qu'une syphilis récente ou ancienne et que ls troubles que l'on attribue à l'une ne soient que des manifestations de l'autre. Aussi avons-nous écarté de nos observations deux cas de congestion de la papille dans lesquels à côté de certains signes de syphilis, le Wassermann a été positif. Dans tous les autres cas le Wassermann a été négatif et les lésions du nerf optique constatées, au lieu d'évoluer vers l'atrophie et d'y aboutir, ont toujours été en diminuant jusqu'à la disparition relativement rapide sans qu'il ne fut appliqué aucun traitement antisyphilitique. La syphilis n'est du reste pas la seule maladie qui puisse donner de la congestion de la papille. Nous ne parlerons pas des tumeurs cérébrales qui donnent rarement lieu à une simple névro-rétinite, pas plus que de la sclérose en plaques qui aboutit assez rapidement à l'atrophie optique ; mais à

côté de ces affections, il y a toutes les maladies infectieuses qui peuvent déterminer de la congestion de la papille. On l'a constaté dans les fièvres éruptives, la pneumonie, la grippe, certaines angines et otites. MM. Terrien et Bourdier ont étudié ces lésions du nerf optique fréquentes dans la méningyte cérébro-spinale.

Toutes les intoxications peuvent les déterminer. On est en droit alors de se demander pourquoi l'encéphalite-léthargique dont on connait évidemment très mal l'étiologie et le mode de transmission malgré les travaux remarquables qui ont été faits, ne pourrait pas elle aussi déterminer des lésions du nerf optique.

Nous admettrons donc que quand nous nous trouverons en face d'encéphalite-léthargique franche, caractérisée par plusieurs symptômes nets, et que nous constaterons des lésions du nerf optique, se traduisant la plupart du temps par de l'hypérémie de la papille, ces lésions pourront être attribuées à l'encéphalite au lieu de déclarer à priori que ces lésions sont des manifestations d'une autre maladie, les observations que nous présentons montrent en effet que ces lésions du nerf optique existent dans l'encéphalite-léthargique sans autre maladie surajoutée.

OBSERVATION PREMIÈRE (Personnelle)

(Service du Dr Terrien)

N.-P... (Marie), 29 ans.

Depuis le 5 janvier 1920, a des maux de tête, du délire la nuit, chante. S'est alitée à ce moment là.

Entre le 20 janvier à l'hôpital pour céphalée et somnolence. Malade immobile, figée. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque.

Se plaint de brouillard devant les yeux.

On constate du strabisme divergent, du nystagmus, de la diplopie croisée.

Le 30 janvier, la diplopie a disparu ; les secousses nystagmiformes persistent. Perte totale des réflexes pupillaires. Réaction de Wassermann négative.

V O D = 0,5 ; V O G = 0,02

Sensiblement emmétrope, non améliorable. A l'examen du fond d'œil on découvre une hypérémie très marquée de la papille, avec congestion des vaisseaux, des deux côtés surtout à gauche.

Le 7 février. Etat sensiblement stationnaire.

Le 21 février. — Les papilles semblent évoluer vers l'atrophie, surtout à gauche, il y a une décoloration peu marquée mais cependant nette du segment temporal.

Le 5 mars. — Amélioration notable. Les papilles qui semblaient évoluer vers l'atrophie offrent le même aspect que lors du premier examen.

V O D = 0,6 ; V O G = 0,3

Le 20 mars. — L'amélioration s'accentue. Les papilles ne sont plus qu'un peu hypérémiées.

V O D = 0.7 ; V O G = 0,5

La malade sort de l'hôpital et n'est pas revenue.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service du Dr Terrien)

P... (Germaine), 30 ans.

Entre à l'hôpital le 2 mars 1920. Se plaint de violentes douleurs dans les deux bras, l'un se prend, puis l'autre et la douleur remonte toujours à l'épaule où elle est le plus intense. Accuse de la diplopie.

Deux jours après son entrée on constate des secousses myocloniques de la région scapulaire survenant toutes les 6 à 7 secondes. La malade est très déprimée, dormant dans toutes les positions. L'examen est très difficile ; la diplopie n'est pas constatée. Réaction de Wassemann négative.

Le 8 mars. — Les pupilles sont en mydriase, avec abolition presque complète des réflexes à la lumière et à la convergence. La mobilité extrinsèque parait normale. Pas de diplopie. Il existe une parésie assez accentuée de l'accommodation. La papille droite est hypérémiée.

A gauche l'hypérémie est beaucoup plus accentuée allant jusqu'à la névrite, les bords de la papille sont légèrement flous.

V O D = 1 ; V O G = 0,8

Vision des couleurs normale. Champ visuel normal.

Le 20 mars. — Même état mais avec amélioration de tous les symptômes.

Le 2 avril. — Il ne persiste qu'un peu d'asthénie pupillaire. La papille droite est revenue à la normale, la gauche est encore un peu hypérémiée.

V O D = 1 ; V O G = 0,9

Cette malade est revue le 12 novembre. La guérison est complète : tous les troubles oculaires ont disparu.

OBSERVATION III (Dr Goulfier)

(Service du Dr Terrien)

F... Lucienne 41 ans.

Prise brusquement de frissons, courbatures, douleurs articulaires s'étendant aux deux membres supérieurs ; la vue se troubla et la somnolence survint.

Le 2 mai, on peut tirer la malade de sa somnolence et obtenir des réponses précises, mais aussitôt elle se rendort. Elle est secouée de secousses myocloniques débutant par l'épaule gauche et se propageant au bras et au côté gauche. Diplopie accusée mais non caractérisée.

Myosis bilatéral. Ptosis incomplet bilatéral.abolition de tous les reflexes. Facies sans expression. Réaction de Wasserman négative.

Au bout de 48 heures les reflexes reviennent, les secousses disparaissent et réapparaissent par deux fois.

Le 10 mai. — Difficulté de convergence. Parésie de l'accomodation.

Les 2 papilles sont hyperémiées avec légère congestion des vaisseaux.

V O D G = 0,8.

Sensiblement emmétrope, non améliorable.

Le 22 mai. — Asthénie pupillaire. Inégalité pupillaire P O D > P O B. Papilles toujours hyperémiées.

Le 8 juin. — L'inégalité pupillaire persiste, les autres symptômes disparaissent. Les papilles reviennent à leur état normal.

V O D G = 0,8.

OBSERVATION IV (personnelle)

(Service du Dr Terrien)

G... Louise 17 ans.

Entre à l'hôpital souffrant depuis 5 jours de céphalalgie, courbature, fièvre avec somnolence. Répond aux questions qu'on lui pose, mais on est obligé de la sortir de sa torpeur.

On ne peut faire à ce moment qu'un examen sommaire de l'œil.

Quelques jours plus tard ces phénomènes s'amendent, ont peut l'examiner complètement.

On découvre du nystagnus à la limite des excursions, une diplopie surtout marquée dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe. Réaction de Wassermann négative. Les réflexes sont paresseux à la lumière et à la convergence.

V O D G = 0,8

Hyperémie très nette de la papille des 2 côtés avec les veines congestionées.

A un exàmen ultérieur la papille est revenue à l'état normal.

OBSERVATION V (Dr Goulfier)

(Service du Dr Terrien)

T... (Maurice), 23 ans.

Vient consulter parce qu'il se plaint de voir trouble. Le 7 avril assistant à une représentation théâtrale il voit double. Cette déplopie persiste les jours suivants sans autres symptômes.

Quelques jours après survint de la somnolence qui va en s'accentuant, il s'endort au milieu de son travail, mais pendant sa somnolence, le malade a conscience de ce qui se passe autour de lui.

Le 20 avril. — Le malade se plaint seulement de voir trouble. On constate une diplopie intermittente. (Paralysie d'un élévateur.)

Les réflexes à la lumière et à la convergence sont presque supprimés à droite, peu marqués à gauche.

Inégalité pupillaire P O D > P O G.

Parésie de l'accommodation. V O D G = 1.

Les 2 papilles sont hyperémiées avec vaisseau congestionnés et flexueux.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION VI (Personnelle)

(Service de M. le Pr Achard)

S... (Joseph) 48 ans.

Début le 15 février par un coriza violent, douleurs frontales faisant croire à une sinusite. Brusquement au réveil troubles de la vue, d'abord brouillard puis diplopie manifeste. Le Dr Cantonnet consulté lui fait porter un verre opaque devant l'œil gauche.

Petit à petit le malade présente de nouveaux troubles difficiles à préciser : somnolence, délire tranquille et professionnel.

La somnolence s'accentue nettement avec soubresaut, contractures, le malade est hospitalisé.

Examen de M. le Pr Achard le 26 février : « Visage immobile, paupières mi-closes. Sort de sa somnolence pour répondre aux questions puis y retombe. Les renseignements qu'il donne sur son état antérieur sont d'ailleurs peu précis, mais il est bien orienté, il sait où il est et le jour du mois. Il accuse de l'amblyopie. On constate de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. Léger état sub-fébrile. La somnolence qui n'empêche pas le malade de s'éveiler pour manger, boire et faire ses besoins va aller en diminuant jusqu'au 10 mars. »

Examen oculaire le 8 mars : Pas de ptosis, pas de diplopie au verre rouge.

Inégalité pupilaire P O D > P O G (après dilatation par la cocaïne l'inégalité s'accentue).

Absence du réflexe à la lumière, conservation à la convergence.

Papille droite normale.

Papile gauche hyperémiée, congestionnée, on ne la délimite pas exactement, les bords sont flous et à la périphérie on voit un véritable halo.

V O D = 1 ; V O B = 0,6.

Champ visuel normal.

Réaction de Wassermann négative.

Peu après on constate la disparition du signe d'Argyll-Robertson et le retour du réflexe achilléen droit, le seul aboli lors du premier examen.

Un mois après le début de sa maladie, cet homme ne gardait guère qu'une certaine immobilité de ses traits.

La vision remontait peu à peu au point que le 14 mai 1920 elle était égale à 0,8 pour l'œil gauche et toujours à 1 pour l'œil droit.

Toute trace de névrite optique avait disparu complètement à cette date.

CONCLUSIONS

1°) Les troubles oculaires si fréquents dans l'encéphalite-léthargique et si bien étudiés par différents auteurs touche la musculature extrinsèque et intrinsèque de l'œil.

2°) La plupart des auteurs admettent l'intégralité de la fonction visuelle et l'intégrité de fond de l'œil.

3°) Or il y a parfois altération de l'accuité visuelle amblyopie permanente ou transitoire ou simplement baisse de vision.

4°) L'intégrité du fond de l'œil ne doit pas être admise systématiquement comme règle absolue ; il existe en effet des altérations de la papille optique se traduisant habituellement par une hypérémie de la papille qui peut aller jusqu'à la névrite optique et à la stase .

5°) L'évolution est variable et ne reconnaît pas de règle fixe.

6°) Le pronostic des lésions légères et moyennes du nerf optique doit être considéré comme favorable.

Le Président de la thèse :

DE LAPERSONNE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHARD. — Académ. de Médecine, séance du 20 janv. et 5 févr. 1920, *Paris médical*, 29 juillet 1920.

J. BANÉ et DUVERGER. — *Bull. médical*, 1921.

J. CALDUVEL et J. COOMBE. — *Britis h médical Journal*, 28 juin 1919.

CONTELA. — *Revue médicale française*, nov. 1920.

ECONOMO (Von). — *Wiener Klin Wochensch*, 10 mai 1917, n° 21.

— *Wiener Klin Wechensch*, 26 juillet 1917.

FROMENT et GARDÈRE. — *Bull. Soc. méd.* Hôp. Lyon, 3 février 1920.

— *Bull. Soc. méd.* Hôp. Lyon, 10 février 1920.

LHERMITTE. — *Annales de médecine*, 1919, n° 4

— *Le Journal médical français*, mars 1920.

— *Bullet. de la Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, nov. 1920.

LHERMITTE et SAINT-MARTIN. — *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 17 mai 1918.

— *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, 27 juillet 1919.

— *Progr. médical*, 22 juin 1918.

— *Annale d'ocul.*, nov. 1918.

MORAX et BOLLACK. — *Bull. Soc. méd. des Hôp.*, séance du 13 févr. 1920.

NETTER. — *Bull. Soc. médi. Hôp.*, 29 mars 1919.

— » » » » 19 avr. 1918.

— » » » » 26 avr. 1918.

— » » » » 3 mai 1918.

— *Paris méd.*, août 1918.

— *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 4 avr. 1919.

— » » » » 6 fév. 1920.

SAINTON. — *Journal médic. français*, mars 1920.

WEIL. — *Bull. Soc. méd. Hôp.* 13 févr. 1920.

— *Bull. g^le de Thérapeutique*, juillet 1920.

Angoulême. — Imp. A. OLIVIER et C^ie^